

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
POS GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

MÔNICA DA CONSOLAÇÃO LEITE FREIRE

**PRÉ NATAL E PUERPERIO DE MULHERES INDIGENAS DE
UMA ALDEIA DE ALAGOAS**

**Pariconha
2012**

MÔNICA DA CONSOLAÇÃO LEITE FREIRE

**PRÉ NATAL E PUERPERIO DE MULHERES INDIGENAS DE
UMA ALDEIA DE ALAGOAS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Pós-Graduação em Atenção
Básica em Saúde da Família, da Universidade
Federal de Mato Grosso do Sul, como
requisito parcial para obtenção do título de
especialista.**

Orientador: Prof. Me. Guilherme

Aparecido da Silva Maia.

**Pariconha
2012**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao povo da etnia katokinn em Pariconha-AL, a cacique Maria das Graças –Conhecida por Nina ,a Liderança indígena Jaime Correia e sua esposa Cecília a equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena . Os AIS Fabrício ,Leidinha ,Silvio e Tatiana ,a Técnica de enfermagem Vânia ,a todos os pacientes e as mulheres indígenas que de forma direta ou indiretamente contribuíram para a construção desse trabalho .Meu abraço e sinceros agradecimentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus todo Poderoso, autor e responsável por essa vitória, ao meu Esposo Elias Ventura Freire e meus filhos, cuja presença e apoio possibilitaram a conclusão desse trabalho.

Ao querido orientador/Tutor Guilherme Maia pela atenção, orientação e dedicação.

EPÍGRAFE

RESUMO

A saúde reprodutiva é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada possibilitara a incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Dessa forma o objetivo dessa pesquisa foi identificar os motivos que levam as mulheres indígenas a não aderirem ao pré-natal e puerpério Em uma aldeia de Alagoas. O estudo trata-se de uma abordagem qualitativa, onde os dados foram coletados mediante as consultas no pólo indígena e nas visitas domiciliares na aldeia . O estudo é de grande relevância, pois o mesmo identificou um número expressivo de mulheres que não tinham conhecimento da importância do acompanhamento do pré-natal e puerpério ,para a saúde das mesmas e de seu RN. Dessa forma os resultados, do projeto visa contribuir para uma mudança dos indicadores ,proporcionando qualidade do serviço ofertado e valorização da participação das mulheres indígenas concernente a saúde reprodutiva e puerperal .

Palavras - chaves: Mulher indígena ,Pré-natal e puerpério .

ABSTRACT

Reproductive health is defined as "a state of complete physical, mental and social in all matters pertaining to the reproductive system, its functions and processes, and not just mere absence of disease or infirmity. Reproductive health therefore implies that a person can have a safe and satisfying sex life, having the capability to reproduce and the freedom to decide when and how often to do it. "A prenatal and postpartum qualified and will permit the incorporation of humane conduct and cozy without unnecessary interventions; easy access to quality health services, with actions that integrate all levels of care: promotion, prevention and health care for pregnant women and the newborn, from the basic to outpatient hospital care for high risco.Dessa, the objective of this research was to identify the reasons that led indigenous women not to adhere to prenatal and puerperium in a village of Alagoas. The study deals with a qualitative approach where data were collected through consultations on pole indigenous and home visits in the village. The study is of great significance because it identified a number of women who were not aware of the importance of monitoring the prenatal and puerperium, for the health of themselves and their newborns. Thus the results, the project aims to contribute to a change of the indicators, providing quality of service offered and enhancement of the participation of indigenous women regarding reproductive health and childcare.

Keywords: Indigenous woman, Pre natal and puerperium

SUMÁRIO

1- Introdução.....	9
1.2 Objetivos.....	11
2 - Análise Situacional.....	12
2.1- O Surgimento e a Importância do pré-natal.....	12
2.2 - Pré Natal.....	14
2.3- Diretrizes para o atendimento.....	17
2.3.1- Acolhimento.....	17
2.4 Avaliações Pré Concepcional.....	18
2.5 Diagnósticos da Gravidez.....	20
2.6- Procedimentos Técnicos de Acompanhamento.....	21
2.7 Palpação.....	22
2.8- A consulta de Pré Natal na Prática.....	23
2.8.1 O preparo das mamas para o aleitamento.....	23
2.8.2 Manejo da Amamentação.....	24
2.8.3 Preparando as mamas para o aleitamento.....	24
3- Implantação, Descrição e Avaliação da Intervenção.....	25
4 – Considerações Finais.....	28
Referências	29
Anexos.....	30

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Introdução

Segundo Brasil, 2011 as mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente, (BRASIL, 2011)..

Ainda segundo Brasil, 2011 Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do País, regiões onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Esse segmento constitui, hoje, aproximadamente, 0,2% da população brasileira, mas com presença significativa em alguns estados brasileiros, compondo em 15% a população de Roraima, em 4% a do Amazonas e em 3% a do Mato Grosso do Sul.

A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas, somente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, concebia a questão da saúde da

mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção.

Com a criação do PAISM no ano de 1986 o Brasil iniciou de fato suas atividades, abrangendo: a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de DSTs, assim como de doenças ocupacionais e mentais.

Na década de 1980, a discussão sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher, tanto no Brasil, quanto no mundo, evoluíram para o conceito de “saúde reprodutiva”, o qual foi adotado pela OMS, em 1988. A concepção de “saúde reprodutiva” dá um passo à frente, em relação aos conceitos anteriores, ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e incluir a noção de saúde sexual. Desta forma, a saúde sexual e reprodutiva foi definida na Conferência do Cairo .

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui

igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis”.

As mulheres indígenas compõem uma parte da população culturalmente diferenciada que demanda a criação de uma política de saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos dos quais elas fazem parte. A diversidade étnica e sociocultural dos povos indígenas contribui para que esse segmento populacional seja extremamente heterogêneo.

No Brasil a população indígena perfaz um total de 817.000 pessoas (IBGE, 2010) organizadas em aproximadamente 270 povos, falantes de 180 línguas.(BRASIL,2012).

A Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas e da proposição de novas ações, dentre elas que contemple as mulheres indígenas, a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher .

Considerando que 70% das mulheres são usuárias do SUS e que cerca de 70% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, é provável que, apesar do sub-registro e da subinformação, a queda na razão de mortalidade materna calculada, seja devido ao trabalho realizado pelas equipes multidisciplinares

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres não retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto, (BRASIL, 2011).

Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal, (BRASIL, 2011).

Dessa forma através desse trabalho esperamos contribuir para uma mudança positiva na realização do parto e puerperio na comunidade indígena estudada .

1.2 Objetivos

Sabemos da importância do pré-natal e do puerperio para a saúde da mulher e RN. O objetivo dessa pesquisa foi identificar os motivos que levavam as mulheres indígenas a não aderirem ao pré-natal e puerperio Em uma aldeia de Alagoas.

Também articular junto às lideranças locais, Pajé, parteiras, um incentivo a participação das mulheres indígenas ao pré-natal e puerperio, bem como orientar , apoiar em relação ao planejamento familiar .

Observamos que as dificuldades financeiras e culturais encontradas na comunidade estudada conduziam a mulher ao desinteresse, pois segundo as mesmas não adiantava realizar uma consulta visto que necessitavam de acompanhamento mais sistemático em todas as fases de suas vidas, e não tinham a garantia dessa continuidade .

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 O Surgimento e a Importância do pré-natal

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal, (BRASIL, 2006).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco, (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Ministério da saúde de 2006. No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005.

Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe, (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil, 2011 Apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) conseguem realizar o elenco mínimo das ações. Em relação à saúde indígena os números divergem com a realidade preconizada.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população feminina brasileira foi projetada em 89.800.471 pessoas para o ano de 2003, representando aproximadamente 50,77% da população total, incluindo as crianças. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina acima de 10 anos, hoje estimada em 73.837.876 pessoas, distribuída nas seguintes faixas etárias, (BRASIL, 2011).

- 10 a 14 anos – 8.091.022;
- 15 a 19 anos – 8.433.904;
- 20 a 29 anos – 16.524.472;
- 30 a 39 anos – 13.934.024;
- 40 a 49 anos – 11.420.987;
- 50 anos e mais – 15.505.461.

De acordo com Brasil, 2011 as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde.

Dessa forma esse projeto tem como objetivo principal desenvolver estratégias visando aumentar o numero de mulheres indígenas que compareçam nas consultas de pré-natal e puerperio. O projeto será realizado, em uma aldeia de Alagoas. Fará parte do projeto as mulheres indígenas em idade fértil e a equipe multidisciplinar do referido pólo indígena.

A assistência ao parto no Brasil não é homogênea a maioria dos partos é realizado em ambiente hospitalar, mas, em muitas regiões do País, especialmente nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares mais distantes, a única opção que existe para a mulher é o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais, (BRASIL, 2011).

Deve-se ressaltar que o parto domiciliar, em alguns casos, é uma opção da mulher. As parteiras tradicionais enfrentam inúmeras dificuldades na realização do seu trabalho (BRASIL, 2011).

Em geral as parteiras, atuam de forma isolada, sem contar de políticas públicas mais precisas para as diferentes realidades regionais e faixas etárias, nas quais a gravidez indesejada é mais prevalente. Constantemente os profissionais da área de saúde se deparam com mulheres indígenas próximas do termo e que não apresentam dados de consulta de pré-natal, mulheres jovens com câncer de colo de útero, essa situação é grave, visto que no Brasil são dispensados as mulheres indígenas os insumos necessários para a realização de um pré-natal de qualidade e o acompanhamento puerperal em suas aldeias respeitando suas praticas e costumes, (BRASIL ,2011).

Segundo FERREIRA 2012 A partir de uma análise comparativa entre os resultados etnográficos apresentados em seu projeto de pesquisa-ação é possível inferir que, apesar dos saberes e das práticas e da organização dos cuidados tradicionais para com a gestação, o parto e o pós-parto variam enormemente entre os povos indígenas.

Dessa forma é necessário que a equipe de saúde indígena esteja preparada para atender a mulher em todas as fases e ciclo da sua vida, tendo como objetivo um pré-natal e puerperio de qualidade.

A razão pela qual surgiu o interesse em realizar a referida pesquisa foi Por conta de encontrar mulheres indígenas próximas do termo e que

não apresentavam dados de consulta de pré-natal, mulheres jovens com câncer de colo de útero, mesmo estando disponível uma estrutura organizada como o pólo base indígena local e os insumos necessários para tal .

Devido ao numero de mulheres indígenas em idade fértil serem consideráveis e a baixa adesão ao pré-natal ser recorrente na referida etnia, existe a necessidade de enfrentamento dessa situação, sendo assim acredito ser oportuno criar estratégias para esclarecer as referidas mulheres a importância da adesão e acompanhamento das mesmas no pré-natal de qualidade bem como o acompanhamento puerperal para ela e seu RN.

Essa pesquisa poderá vir a ser útil para a comunidade indígena de uma aldeia de Alagoas pois a mudança desse indicador contribuirá para a melhoria do acompanhamento ao pré natal e puerperio de qualidade ,bem como para uma mudança de atitude para as futuras gerações, visto que as mulheres indígenas dessa comunidade tem grande influencia sobre suas famílias e sua comunidade .

A atenção à saúde da mulher dos povos indígenas ainda é precária, não se conseguindo garantir ações como a assistência pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero, de prevenção de DST/HIV/ AIDS, dentre outras. São ainda insuficientes os dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde da população de mulheres e adolescentes indígenas. É fundamental desenvolver políticas de saúde voltadas para essas mulheres, no contexto do etno desenvolvimento das sociedades indígenas e da atenção integral, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas, (BRASIL, 2011).

Sendo assim, esse trabalho contribuirá para um novo olhar no fazer saúde na comunidade indígena, incentivando a mulher nessa fase da vida a adesão ao pré-natal e puerperio evitando assim problemas recorrentes nesse período.

2.2 Pré Natal

Por sistemas de parto entende-se um conjunto de saberes e práticas utilizadas por diferentes praticantes, especializados ou não, envolvidos no cuidado com a gestação, o parto e o pós-parto. Estes sistemas estão situados no âmbito dos sistemas médicos tradicionais indígenas mais amplos ,(BRASIL ,2011).

Segundo o manual de pré-natal e puerperio 2006 Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com alguns parâmetros estabelecidos pelo Ministério da saúde como :Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré natal até 120 dias da gestação; Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente,uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

Ainda segundo o referido manual devem ser realizados atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal: Escuta ativa da mulher e de seus(suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente,com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias; Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico; Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante.

Um elenco de Exames laboratoriais estão disponíveis para as mulheres grávidas :

- ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
- Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;

- Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;
- Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível;
- Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta.

Segundo o Ministério da saúde é direito da mulher também aplicação de vacina antitetânica, avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN.

Segundo o Ministério da saúde, 2006 a Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais; Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; Tratamento das intercorrências da gestação; Classificação de risco gestacional e detecção de problemas a serem realizadas na primeira consulta e nas subsequentes.

Ainda segundo Brasil , 2006 o atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado; Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto, (MANUAL DO PRÉ-NATAL E PUERPERIO, 2006).

2.3 Diretrizes para o atendimento

2.3.1 Acolhimento

Segundo BRASIL, 2006 O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero,(BRASIL,2011).

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente ou indígena ,(BRASIL,2006).

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano. É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto, (BRASIL, 2006).

A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais, (BRASIL,2006).

É importante acolher o (a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto. O benefício da presença do (a) acompanhante já foi comprovado,(BRASIL ,2006).

Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Foi reduzido o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas,(BRASIL,2006).

Além disso, alguns estudos sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto. A

história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. São também parte dessa história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal , (BRASIL ,2006).

2.4 Avaliação pré-concepcional

De acordo com BRASIL ,2006 Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.

A inda não podemos esperar, por parte das mulheres, expressiva porcentagem de procura espontânea para essa atividade. Mas, enquanto profissionais de saúde,podemos motivá-las para essa avaliação em momentos distintos de educação em saúde, em consultas médicas, ou de enfermagem, não esquecendo de motivar especialmente as adolescentes,(MANUAL DO PRÉ NATAL E PUERPERIO).

Ainda segundo o referido manual pelo menos metade das gestações não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento deve-se à falta de orientação ou de oportunidade para a aquisição de um método anticoncepcional, e isso ocorre comumente com as adolescentes.Percebemos que esse situação também é evidente entre as mulheres indígenas ,cujo modo de vida singular ,diferencia das mulheres brancas pela carga cultural que as acompanham .

Para o Ministério da saúde 2006 Faz-se necessário, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras DST), nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação.

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei n.º 9.263/96, foi conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito à afirmação dos direitos reprodutivos. Conforme consta na referida Lei, o planejamento familiar é entendido ... *como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação, ou aumento da prole pela mulher, pelo homem, ou pelo casal* (art. 2º), MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ainda segundo o Ministério da saúde 2006 A atenção do planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil, pois:

- Diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados;
- Diminui o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária;
- Diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais;
- Aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que os bebês sejam adequadamente amamentados;
- Possibilita a prevenção e/ou postergação de gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas, tais como diabetes, cardiopatias, Hipertensão, portadoras do HIV, entre outras.

2.5 Diagnóstico da gravidez

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorréia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação, (BRASIL.2006). Ainda segundo Brasil 2006 Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde da unidade básica, por meio de um

teste imunológico para gravidez (TIG), de acordo com os procedimentos especificados no fluxograma a seguir.

O teste laboratorial é, inicialmente, recomendado para que o diagnóstico não demande o agendamento de consulta, o que poderia postergar a confirmação da gestação. Para as mulheres com atraso menstrual maior que 16 semanas ou que já saibam estar grávidas, o teste laboratorial é dispensável. A consulta deve ser realizada imediatamente para não se perder a oportunidade da captação precoce. Se o TIG for negativo, deve ser agendada consulta para o planejamento familiar, principalmente para a paciente adolescente ,(BRASIL.2006).

2.6 Procedimentos técnicos de acompanhamento

A gravidez provoca modificações fisiológicas no organismo materno, que geram necessidade aumentada de nutrientes essenciais para manter a nutrição materna e garantir o adequado crescimento e desenvolvimento fetal, uma vez que a única fonte de nutrientes do concepto é constituída pelas reservas nutricionais e ingestão alimentar da mãe, (WILLIAMS, 2001). Onde por meio do gráfico da curva de avaliação nutricional de gestantes, observa-se peso/altura e sua adequação .

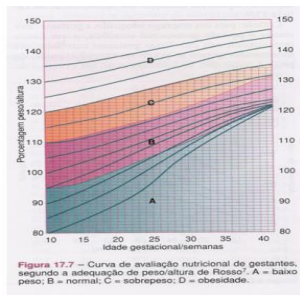


Figura 1-Curva de avaliação nutricional de gestantes.segundo a adequação de peso/altura de Rosso .A -baixo Peso ; B – Normal ; C –Sobrepeso ;D – Obesidade

É de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário quanto no cartão da gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a

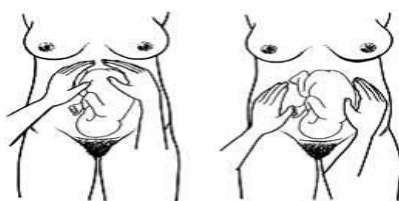
prevenção e o controle de agravos à saúde e nutrição, contudo vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos que possam complementar o diagnóstico nutricional ou alterar a interpretação deste, conforme a necessidade de cada gestante,(BRASIL ,2005).

Assim, destaca-se a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (ex.: diabetes), a observação da presença de edema, que acarreta aumento de peso e confunde o diagnóstico do estado nutricional, a avaliação laboratorial, para diagnóstico de anemia e outras doenças de interesse clínico, conforme as normas deste manual,(BRASIL,2005).

2.7 Palpação obstétrica

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina ,através das manobras de Leopold . Deve de iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (**esse procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina**).

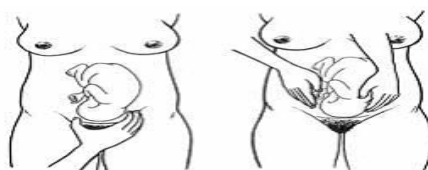
A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando identificar os pólos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.



FIGURAS 1 E 2 - MANOBRAS DE LEOPOLD

1ª Manobra, localiza o fundo uterino

2º tempo, identifica a situação fetal



FIGURAS 3 e 4 - MANOBRAS DE LEOPOLD

3º tempo, determina a altura do pólo cefálico 4º tempo, identifica a apresentação fetal

2.8 A consulta de pré-natal na prática

2.8.1 O preparo das mamas para o aleitamento

Segundo Brasil 2012 Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito.

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo;
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia;
- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações.

Para a criança:

- É um alimento completo, não necessitando de nenhum acréscimo até os seis meses de idade;
- Facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia;
- Protege contra infecções;
- Aumenta o vínculo afetivo;
- Diminui as chances de desenvolvimento de alergias.

Para a família e a sociedade:

- É limpo, pronto e na temperatura adequada;
- Diminui as internações e seus custos;
- É gratuito.

2.8.2 Manejo da amamentação

O sucesso do aleitamento materno está relacionado ao adequado conhecimento quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar.

Posição:

É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. Desse modo, a amamentação pode acontecer nas posições sentada, deitada ou em pé. O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe e, assim, facilitar a coordenação da respiração, sucção e deglutição.

Pega:

A pega correta acontece quando o posicionamento é adequado e permite que a criança abra a boca de forma a conseguir abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar. Desse modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, capaz de proporcionar conforto para a mulher e adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

2.8.3 Preparando as mamas para o aleitamento

- Avaliar as mamas na consulta de pré-natal;
- Orientar a gestante a usar sutiã durante a gestação;
- Recomendar banhos de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas, ou banhos de luz com lâmpadas de 40 *watts*, a cerca de um palmo de distância;
- Esclarecer que o uso de sabões creme ou pomadas no mamilo deve ser evitado;
- Orientar que a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro está contra-indicada.

É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência possui ou se já vivenciou alguma vez a amamentação.

Além disso, é importante também oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo que objetivem informar as vantagens e o manejo para facilitar a amamentação.

3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A natureza da pesquisa é quantitativa, com caráter descritivo exploratório. O público alvo são as mulheres em idade fértil de uma aldeia de Alagoas, as participantes do projeto sobre a baixa adesão das mulheres indígenas ao pré-natal e puerperio, foram convidadas a participarem da construção e implantação do referido projeto no plano distrital de saúde indígena.

A amostra foi composta mulheres que compareceram para a consulta de pré natal e puerperio e que participaram da construção do plano distrital 2012-2015, bem como nas consultas domiciliares na aldeia.

Pretende-se, contudo, que esta intenção de pesquisa seja aceita, que os resultados sejam socializados e a satisfação de pesquisado e pesquisador sejam satisfatórias e venha a acrescentar novos conhecimentos a respeito do tema aqui estudado.

Também Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres indígenas, mediante garantia da realização de um pré natal e puerperio digno que contemple o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, Contribuindo para a melhoria dos indicadores na referida comunidade indígena .

O índio no Brasil sofre com uma grande carga de doenças, com a dificuldade de acesso e a baixa qualidade da atenção médica recebida, pois, mesmo nas periferias mais pobres das cidades brasileiras, índices como esses não são encontrados entre a população não índia. 50% das mulheres indígenas sofrem de anemia grave; 15,7% das mulheres indígenas do país são obesas e 30,2% delas apresentam sobrepeso. CARLOS COIMBRA. FIOCRUZ ,2012

Os resultados desse trabalho segue de acordo com o desenvolvimento do projeto de intervenção por meio das consultas e visitas domiciliares e na consolidação do plano distrital 2012/2015.

No início do projeto de intervenção detalhamos sobre a metodologia, enfatizando a necessidade de uma conversa sobre o tema pré natal e puerperio ,visto que as mulheres não procuravam espontaneamente o pólo base para as consultas,sendo mais comum a procura para os filhos e ou familiar.

Onde foi observado que a maioria das mulheres que procuravam atendimento de saúde tinham doenças sexuais ou relacionadas à concepção, também ficou evidente a dificuldade em falar sobre o tema na presença de outras pessoas .Dessa forma foi escolhido uma conversa individual com a mulher visto que o tema era tabu .O número de encontros ocorriam por demanda espontâneas e visitas domiciliares a aldeia .

Lembrando que o tema era abordado de forma natural pela mulher ,quando a mesma optava por não falar era respeitado e mantido o silencio .

Através de uma abordagem humanizada procurava motivar a mulher em realizar as consultas do pré natal ,priorizando a continuidade da assistência durante o puerperio ,ficando portanto evidente nos encontros os benefícios para ela e a criança . A relevância na participação foi ativa, uma vez que as particularidades culturais dessas mulheres indígenas possibilitaram um novo olhar e a criação de novas estratégias que possibilitaram a mudança desses indicadores.

Contudo ficou evidente que as mulheres indígenas pesquisadas não gostam de falar sobre o assunto, alegando que não participam das consultas de pré natal e puerperio pela dificuldade de acesso e falta de atendimento humanizado e respeitoso.

(V,L,38 anos) "Espero que mim aceitem como indígena ,porque o meu modo de vida não é muito diferente da mulher branca ."

Salvo a questão cultural e religiosa a qual todas têm muito orgulho.

(M,D ,32 anos) “ Não gosto de procurar o atendimento porque custa para marcar os exames ,uma vez fiquei grávida e quando o resultado chegou ,eu já tinha parido “.

Durante dois meses foi realizada a construção do plano distrital 2012 /2015, que contem as metas de saúde que serão implantadas na aldeia nos referidos anos. Posteriormente a isso foi realizado um encontro que durou dois dias, cujo objetivo possibilitou a consolidação das discussões realizadas.

Dessa forma o tema saúde da mulher foi abordado com maior ênfase, onde o compromisso com o pré natal e puerperio foi questionado por todos os participantes gerando com isso uma expectativa para o futuro, uma vez que essas ações só serão alcançadas mediante compromisso e empenho de todos ,comunidade ,lideranças indígenas ,gestores ,equipe multidisciplinar e a mulher indígena foco do nosso projeto .

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado dessa pesquisa evidenciou a necessidade de ações estratégicas que possam aumentar o acesso e qualidade da assistência as mulheres indígenas durante os vários ciclos de sua vida, desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto e puerperio, até os dois primeiros anos de vida do bebê. Observando a diversidade étnica e culturais a qual estão inseridos.

A garantia de acesso ao planejamento reprodutivo e resolutividade nas ações desenvolvidas, pois as mulheres indígenas reclamam da demora em realizar os primeiros exames preconizados e principalmente no recebimento dos resultados.

Dessa forma as consultas de pré natal subseqüentes tornam se deficientes, visto que a assistência humanizada deverá priorizar a individualidade de cada mulher, pois a continuação das ações que serão instituídas será baseada no resultado desses exames. Sabemos que o acompanhamento do pré natal pelo enfermeiro deverá ser de baixo risco, ao contrario deverá ser referenciado ou encaminhado ao obstetra.

Para que tudo isso seja possível é necessário a educação continuada para os profissionais da equipe multidisciplinar valorizando a diversidade cultural e étnica, bem como o respeito a essas mulheres indígenas, cujo estilo de vida e cultura se apresenta de forma peculiar e única.

Portanto é necessário a participação mais ativa da mulher na formulação e decisões concernentes a ela. Possibilitando e permitindo o alcance das políticas públicas e nos temas prioritários para elas e que respeitem suas diferenças culturais e sua historia na construção de uma saúde resolutiva e participativa, onde sua voz seja ouvida e valorizada.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília, DF, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília, DF, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2006.

Brasil . Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.1. Ed.. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.82 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada manual técnico Serie A. Normas e Manuais técnicos. Serie Direitos Sexuais e Reprodutivos, Caderno nº 5. Brasília, 2005.

Camargo, MS; Veiga, VV. Estado nutricional de adolescentes gestantes, relacionado ao peso da criança ao nascer. Folha Méd., 1997.

William, SR. Fundamentos de nutrição e dietoterapia. 6ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

ANEXOS



FIGURA 1- Realização da 1ª consulta de pré natal com indígena adolescente.



FIGURA 2- Primeiro dia no terreiro da aldeia para consolidação do plano distrital, onde estiveram presentes a equipe multidisciplinar de saúde indígena, comunidade e técnicos do DSEi (Distrito Especial de Saúde Indígena). Início das discussões.



FIGURA 3- Momento de discussão da equipe ,onde foram abordados os pontos de maior interesse que deveriam ser priorizados em relação pré natal e puerperio dentre outros .



FIGURA 4-Participação ativa da comunidade indígena .Momento de grande relevância para a consolidação do plano distrital e elaboração das metas a serem atingidas em relação a saúde da mulher e que possibilitaram a construção desse trabalho .

